

Fecha: _____

1. Información del paciente:

Apellido _____ Primer nombre _____ Número de seguro social _____

Dirección de casa _____ fecha de nacimiento _____

Ciudad _____ Estado _____ código postal _____ número de teléfono _____

Numero de historial médico (si está disponible) _____

 Estado de Residencia: Ciudadana/o de los Estados Unidos visitante en los estados unidos
 Visa
2. Información familiar: Indique su cónyuge y / o cualquier hijo dependiente que viva en su hogar (listado en su declaración de impuestos). Si necesita más espacio, adjunte un documento por separado.

Nombre del/de la dependiente	Relación con el/la solicitante	fecha de nacimiento	Edad

3. Información de ingresos:

Fuente de ingreso	Paciente / Responsable Ingrese la cantidad por mes	Cónyuge o pareja Ingrese la cantidad por mes
Salarios / ganancias brutos (antes de impuestos)		
Apoyado por otra persona		
Manutención de menores / pensión alimenticia recibida		
Beneficios por discapacidad		
Prestaciones de jubilación		
Trabajo por cuenta propia, negocio, ingresos por alquiler recibidos		
Beneficios de Seguridad Social / SSI		
Beneficios de desempleo		
Compensación de trabajadores		
Otros ingresos (intereses, acciones, liquidaciones pendientes, activos, etc.)		
Ingresos totales		

4. Información de gastos:

Gastos	Mensualidad
Hipoteca / alquiler	
Auto Loan/Lease Préstamo / Arrendamiento de Auto	
Facturas médicas	
Utilidades	
Tarjeta de crédito / otro	
Gasto total	

5. Información adicional:

Adjunte comprobante de denegación de asistencia médica o el estado de la solicitud de Medicaid actual

Adjunte comprobante de ingresos familiares (últimos 3 recibos de pago)

Adjunte una copia de los 3 extractos bancarios más recientes

Adjunte una copia de las 2 declaraciones de impuestos más recientes

¿Eres un veterano? Y N

¿Está incapacitado? Y N

¿Tiene seguro médico?? Y N _____

Al firmar a continuación, certifico que todo lo que he indicado en esta solicitud y cualquier adjunto es verdadero. Entiendo que cualquier información incorrecta, incompleta o falsa en este formulario podría resultar en el rechazo de mi solicitud de asistencia financiera. Reconozco que entiendo que la información que presento como parte de esta solicitud está sujeta a divulgación a agencias federales y / o estatales y doy mi permiso para que Gaylord Specialty Healthcare comparta esta información con otros para procesar esta solicitud y más información. Puede ser solicitado antes de que se pueda determinar mi elegibilidad. Toda la información permanecerá confidencial bajo las regulaciones federales de HIPAA.

Firma del solicitante o persona que actúa en nombre del solicitante

Fecha

Escriba en letra de imprenta el/la solicitante

Firma de el/la testigo

Fecha

Escriba en letra de imprenta el/la testigo